

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

N° 706

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LECRON Monique

née le 2 Décembre 1929, à MEUDON (S.-&-O.)

présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1955

HISTOIRE DES RÉCENTES ÉPIDÉMIES DE VARIOLE EN FRANCE

Président : Monsieur le Professeur JOANNON

Année 1955

N° 706

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

par

L E C R O N Monique

née le 2 décembre 1929 à MEUDON (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement, le 30 juin 1955

HISTOIRE DES RECENTES EPIDEMIES DE VARIOLE EN FRANCE.

Président : Monsieur le Professeur JOANNON.



A notre Président du Jury, .

Monsieur le Docteur P. JOANNON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive à la

Faculté de Médecine de PARIS .

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la
présidence de notre Jury de Thèse,

Témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur

J. BOYER

Professeur Agrégé à la

Faculté de Médecine de PARIS.

Qui nous a aidé de ses précieux conseils,

Avec nos sentiments reconnaissants.

DOYEN HONORAIRE,

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES,

MM. BAUDOUIN ; BRINDEAU ; CADENAT ; CARNOT ; CHABROL ; CHEVASSU ;
CHIRAY ; DELBET ; GOUGEROT (H) ; GUILLAIN ; HARVIER ;
LAUBRY ; LEMAITRE ; LEMIERRE ; LHERMITTE ; LIAN ;
LOEPER ; MARION ; MATHIEU ; MOCQUOT ; MULON ;
OLIVIER (E) ; OMEREDANNE ; SANNIE ; SEZARY ;
TANON.

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESSEUR

Jean VERNE

P R O F E S S E U R S

Anatomie	G. CORDIER
Anatomie pathologique	A. DELARUE
Bactériologie	P. GASTINEL
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	P. CHAILLEY-BERT
Biologie médicale	J. VERNE
Cancérologie médicale et sociale	R. HUGUENIN
Carcinologie	C. OBERLING
Chimie médicale	N...

... / ...



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553821_0009

Cliniques chirurgicales

Hôtel-Dieu	P. BROCC
Broussais	F. de GAUDART D'ALLAINES
Salpêtrière	H. MONDOR
Cochin	J. QUENU

Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	R. MERLE D'AUBIGNE
Clinique de cardiologie	E. DONZELOT
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FEVRE
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	R. MONOD
Clinique de la tuberculose	E. BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie	D. PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture	M. LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	R. DEGOS
Clinique des maladies du sang	P. CHEVALLIER
Clinique des maladies du système nerveux	T. ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants .	R. DEBRE
Clinique des maladies infectieuses.	P. MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	J. DELAY
Clinique gynécologique	P. FUNCK-BRENTANO

Cliniques médicales

Hôtel-Dieu	H. BERNARD
Bichat	G. LAROCHE
Cochin	R. MOREAU
Broussais	L. de GENNES

Clinique médicale d'hydro-climato- logie thérapeutique	L. Justin BESANCON
Clinique médicale propédeutique ...	L. PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion	R. BOULIN

Cliniques obstétricales

Tarnier	P. LANTUEJOUL
Baudelocque	E. LEVY-SOLAL
Port-Royal	M. LACOMME

Clinique ophtalmologique	E. VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	A. AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ...	C. RICHET
Clinique psychiâtrique infantile	C. HEUYER
Clinique rhumatologique et sociale	F. COSTE
Clinique stomatologique	M. DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale	J. SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale	A. LEMAIRE
Clinique urologique	B. FEY
Embryologie	A. GIPOUD
Génétique	M. LAMY
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. MOUQUIN
Histologie	C. CHAMPY
Hygiène et clinique de la première enfance.	J. CATHALA
Hygiène et médecine préventive	C. JOANNON
Médecine du travail	H. DESOILLE
Médecine légale	R. PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médi- cale	H. GALLIARD
Pathologie chirurgicale	G. MENEGAUX
Pathologie exotique	G. LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée	J. LENE GRE
Pathologie humorale et immunologie expéri- mentale (chaire à titre personnel)	F.P. MERKLEN
Pathologie médicale	M. BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales	J. GARCIN
Pédiatrie sociale	J. MARIE
Pharmacologie et matière médicale	R. HAZARD
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	A. DOGNON
Physiologie	L. BINET
Physique médicale	A. STROHL
Radiologie médicale	H. DESGREZ
Technique chirurgicale	P. MOULONGUET
Thérapeutique	R. TURPIN

PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	J. DEBEYRE A. DELMAS (Professeur sans chaire)
Anatomie pathologique	N... Melle P. GAUTHIER-VILLARS (Professeur sans chaire) F. BUSSE C. GOUYGOU
Bactériologie	R. PASQUELLE A. MEVOT
Biologie médicale	F. BOURLIÈRE
Chimie médicale	J. TITTO (Professeur sans chaire) M. F. JAYLE (Professeur sans chaire) G. SCHAPIRA
Dermato-syphiligraphie	D. DUPERRAT
Histologie	H. BULLIARD (Professeur sans chaire) P. COUJARD H...
Hydrologie	C. DEBRAY
Hygiène	J. FOYER M. DEPARIS (Professeur sans chaire)
Médecine légale et du travail	L. DUROBERT (Professeur sans chaire) M. GAULTIER A. HADENGUE
Neuro-chirurgie	M. DAVID
Neurologie	S. de SEZE
Obstétrique	J. GRASSET F. LEPAGE M. MAYER R. MERGER P. MORIN J. RAVINA J. VARENGOT

Ophtalmologie	G. OFFRET
	P. DESVIGNES
Orthopédie	R. JUDET
Oto-rhino-laryngologie	E. HALPHEN
	(Professeur sans chaire)
	M. AUBRY
	R. MADURO
Parasitologie	L. BRUMPT
	A. CHABAUD
Pathologie chirurgicale	P. ABOULKER
	J. BAUMAIN
	J. GOSSET
	J. HUGUIER
	G. LAURENCE
	J. LEGER
	J. LORTAT-JACOB
	Cl. OLIVIER
	P. PADOVANI
	M. POILLEUX
	M. ROUX
	J.C. RUDLER
	J.M. VERNE
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	J. BERNARD
	G. BOUDIN
	P. CASTAIGNE
	M. CONTE
	J. DECOURT
	A. DOMART
	Gilbert DREYFUS
	R. FAUVERG
	J. HAMBURGER
	R. KOURILSKY
	M. LAMONTE
	C. LAROCHE
	P. MILLETZ
	H. PEQUIGNOT
	M. PERRAULT
	P. RAMETET
	St. THIERRY
	J. TUPINAT

Pédiatrie	R. JOSEPH R. LAPLANE N...
Pharmacologie	Melle J. LEVY (Professeur sans chaire) J.H. CHEYMOL (Professeur sans chaire)
Physiologie	D. BARGETON (Professeur sans chaire) J.L. PARROT
Physique médicale	A. DJOURNO (Professeur sans chaire) L. GOUGEROT
Pneumo-phtisiologie	B. KREIS
Psychiatrie	H. BARUK
Psychiatrie infantile	L. MICHAUX
Stomatologie	P. CERNEA Mme A. CHAPUT
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	R. KUSS

PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Obstétrique	A. BRINDEAU
Clinique chirurgicale	J. GATELLIER
Obstétrique	V. LE LORIER
	R. VAUDESCAL

PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE
COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

Clinique chirurgicale	A. AMELINE J. PATEL A. SICARD
Clinique médicale	G. BROUET R. CACHERA M. HAGUENAU (Professeur sans chaire) G. MARCHAL E. SOULIE
Clinique obstétricale	G. ECALLE
Clinique ophtalmologique	G. RENARD
Clinique urologique	R. COUVELAIRE
Secrétaire général de la Faculté .	J. MOREL
Secrétaire	Melle G. CHAINTREUIL
Conservateur chargé de la direc- tion	Docteur A. HAHN
Conservateur	Melle GOICHON
Bibliothécaires	Melle P. DUMAITRE Melle G. LE NOIR Melle F. METIN Melle E. QUIEVREUX

I N T R O D U C T I O N

Bien qu'une épidémie de variole soit une éventualité assez rare en France, de nos jours, il y a cependant eu ces dernières années plusieurs petites épidémies de variole en France.

A PARIS, en 1942	60 cas, 3 décès.
en 1947	33 cas.
en 1948	3 cas.

A PERPIGNAN, en 1945	2 cas.
----------------------------	--------

A CALAIS, en 1947	13 cas, 1 décès.
-------------------------	------------------

A ARRAS, en 1946	8 cas.
------------------------	--------

A MARSEILLE, en 1952	39 cas.
----------------------------	---------

A BRUNEHOMEL (Aisne) en 1953	30 cas,
------------------------------------	---------

et, récemment, l'épidémie de VANNES qui compte alors 73 cas et a fait 16 victimes.

Ces épidémies sont dues au grand brassage des populations et à la rapidité des transports (voie des airs) qui apportent la variole des pays où elle sévit encore à l'état endémique surtout l'hiver. L'Afrique noire, l'Afrique du Nord, le Sud-Est Asiatique avec l'Inde, la Malaisie et l'Indochine sont les plus importants réservoirs de virus varioliques. Des épidémies y sévissent les hivers et peuvent à l'occasion d'un voyage, être apportées en France.

Des relâchements dans les vaccinations et revaccinations favorisent l'éclosion et la propagation de l'épidémie. L'importance de l'épidémie varie suivant l'état d'immunité des habitants. Elle frappe implacablement ceux qui, à la faveur de

... négligences concernant la vaccination et les revaccinations, lui offrent un état de réceptivité naturelle ou seulement atténuée par la présentation antérieure.

Des vaccinations faites à l'occasion de l'épidémie ont montré que nombre de sujets étaient réceptifs à la variole. Grâce à la vaccination jennérienne pratiquée pendant l'épidémie, et grâce à la loi de 1902 sur les vaccinations qui avaient immunisé en partie la population, ces épidémies furent peu importantes, néanmoins il convient de rappeler que la variole existe encore (l'opinion publique semble l'oublier et cette dernière épidémie le lui a rappelé) et qu'un relâchement important de la vaccination pourrait réentraîner l'apparition de ce fléau.

Nous allons donc envisager tout d'abord, la variole, sa symptomatologie, sa contagiosité, son diagnostic, puis nous aborderons l'histoire des récentes épidémies de variole de l'après-guerre en France.

LA VARIOLE

Elle est due à un virus filtrant, il se présente au microscope électronique sous forme de corpuscules élémentaires d'angles arrondis.

Taille 200 à 300 millimus.

Il ressemble au virus de la vaccine, l'examen direct du virus n'apporte pas un diagnostic précis.

La variole revêt au cours d'une épidémie, un extrême polymorphisme. On voit des formes multiples.

Des formes très graves : variole hémorragique, variole confluente, des formes compliquées (de néphrite variolique, par exemple...)

Des formes moyennes, classiques que nous décrirons ultérieurement.

Des formes abortives, et même parfois des formes anéruptives, se traduisant par un syndrome infectieux fébrile aigu, parfois associé à des manifestations respiratoires accompagnées de modifications radiologiques de l'image pulmonaire (notions récentes, observées au moment de l'épidémie de VANNES).

Nous décrirons les signes cliniques et l'évolution de la variole dans la forme classique.

L'incubation

Elle est silencieuse et dure environ douze jours, (maximum de quatorze jours).

L'invasion

Elle se caractérise par la brusquerie de son apparition et son intensité. C'est un épisode fébrile avec température à 40° et au-dessus, accompagnée d'un état général gravement altéré, - frissons violents.

Douleurs intenses diffuses, céphalées frontales, ou généralisées contemporaines des frissons.

Rachialgies précoces très violentes, surtout lombalgies irradiant vers les membres inférieurs.

Epigastralgies - Nausées - Vomissements.

Aussi évoque-t-on parfois le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Mais le liquide céphalo-rachidien est normal.

Le malade est prostré ou agité.

Oligurie - Tachycardie.

Il existe rarement à cette période un rash prééruptif.

L'établissement du diagnostic à cette époque est pratiquement impossible en dehors des périodes d'épidémie ou des lieux d'endémie.

... / ...

La phase d'état

L'éruption.

L'énanthème : il n'existe pas, pour certains, il y aurait simple rougeur de la gorge, dysphagie due à l'irritation des muqueuses.

Cependant, pour d'autres, l'énanthème existe, il serait un facteur favorisant la contagion à la période de début, période qui généralement est moins contagieuse.

L'exanthème

L'éruption est généralement très abondante et caractéristique.

La topographie distale est souvent notée, elle débute à la face où elle gardera une intensité particulière. La localisation au front est importante et précoce, pas de variole sans éruption à la face.

Puis l'éruption descend en 24 à 48 heures, prédominance centrifuge (surtout aux extrémités : visage, cuir chevelu, paumes des mains et plantes des pieds).

Il n'y a qu'une seule poussée, les éléments sont du même âge dans le même territoire du corps ; ils sont au nombre de 200 à 300.

Caractères de l'éruption : elle est d'abord érythémato-papuleuse, puis pustuleuse.

- 4ème jour macule s'infiltrant le
- 5ème jour pour donner une papule qui présente un léger relief,

- 6ème jour : vésicule tapissant la papule tendue, perle de verre profondément enchassée dans le derme-claire brillante, l'épiderme recouvrant la bille est résistant-épais.

Indolence, prurit inconstant.

- 7ème et 8ème jour pustule, le liquide de la vésicule se trouble, ombilication, le centre se déprime.

L'éruption amorce la défervescence et l'amélioration des signes généraux.

Une fois l'éruption bien sortie, la température diminue, impression de guérison, mais la courbe thermique reprend aussitôt, c'est la phase de suppuration du 8ème au 10ème jour. Etat général catastrophique.

Température hectique.

Certaines pustules peuvent s'ulcérer, odeur spéciale intense,

c'est la phase responsable de la mortalité de la variole,

- période de dessiccation et de décrustation, débute le 9ème et 10ème jour, débute à la face.

Le contenu des éléments se dessèche, forme des croûtes jaunâtres, décrustation lente jusqu'au 40ème jour, période de contagiosité maxima ; les croûtes sont extrêmement contagieuses, elles laissent des cicatrices indélébiles,

- convalescence longue, dure des semaines.

Formes cliniques suivant la gravité

La gravité de l'infection est fonction de l'intensité et de la dissémination de l'éruption qui est liée à l'importance du facteur toxi-infectieux (facteur toxi-infectieux qui dépend du rapport virus-terrain).

On peut schématiquement distinguer les formes suivantes qui sont couramment observées au cours d'une épidémie (description faite par les médecins de VANNES).

Formes communes, d'intensité moyenne, éruption disséminée 100 à 300 éléments généralisée huileuse ou pustuleuse, état général sévère, mais non alarmant, abattement, hypotension, albuminurie constante.

Evolution favorable en quinze à vingt jours - Isolement 40 jours.

Formes graves, rapidement mortelles, état général toxi-infectieux très alarmant, prostration, tупhos ataxo-adyndomie, délire, agitation, hyperthermie habituelle, éruption rapidement généralisée confluente.

Hypotension, assourdissement des bruits du coeur, collapsus cardio-vasculaire, oligurie voire anurie, tendance hémorragique dans le liquide des pustules, vomissements, kérato conjonctivite, évolution vers le coma et la mort en 2 à 10 jours par broncho-pneumonie ou par néphrite anurique urémigène, purpura hémorragique ou coma toxi-infectieux rappelant le syndrome malin des maladies infectieuses.

Formes atténuées-frustes - Le tableau de l'invasion demeure bruyant et rien ne permet de préjuger à cette période, de l'allure que revêtira l'éruption et de la gravité de l'infection, par contre l'éruption d'emblée s'avère discrète par sa pauvreté-éléments rares, isolés ou groupés, il faut les rechercher pour les retrouver - un à vingt éléments, certains sont pustuleux, mais d'autres abortifs d'aspect vésiculeux, mais toujours indurés ou enchassés dans le derme.

Formes aux confins de la variole - Etudiées récemment pendant l'épidémie de VANNES chez les sujets récemment vaccinés et ayant eu des contacts répétés avec des varioleux, ce sont des formes fébriles sans éruption, présentant parfois des images radiologiques pulmonaires caractéristiques, ces formes ne semblent pas contagieuses.

Complications dues au virus varioleux - Kératites par extension des pustules péri-cornéennes, déterminant de l'hypopion aboutissant à la fonte purulente de l'oeil. La cécité est fréquente par rétinite et névrite optique (complication fréquente en Afrique noire - complications rénales, néphrite albumineuse).

LE DIAGNOSTIC POSITIF DE LA VARIOLE

Le diagnostic de variole sur les signes cliniques est difficile à faire en France, en dehors des périodes d'épidémies confirmées ou de la notion de voyage en pays d'endémie variolique.

En effet, la variole étant rare en France, rares sont les médecins compétents pour la diagnostiquer, et beaucoup de cas primaires au cours des épidémies récentes furent pris pour des varicelles, des pyodermites ou des acnés pustuleuses. Ce n'est souvent que devant l'apparition brutale et multiple des cas secondaires que les médecins pensèrent à la variole.

Il est donc d'une énorme importance de faire un diagnostic précoce de variole pour éviter la contagion massive et l'apparition des cas secondaires.

Le diagnostic clinique positif à la période d'invasion est pratiquement impossible à faire. Il évoque tous les épisodes aigus fébriles : grippe, méningite, paludisme, colibacillose, à la période d'éruption il faut se baser sur la violence de la période d'invasion qui a précédé l'éruption.

Sur le caractère de l'éruption : perle dure profondément enchassée dans le derme,

sur sa topographie, sur l'amélioration thermique et générale au moment de la sortie de l'éruption,

le laboratoire orientera le diagnostic.

La formule sanguine montre souvent une hyper-leucocytose à 15 ou 20.000 leucocytes,

une neutropénie relative au-dessous de 50 %

une éosinophilie légère 4 à 10 %

quelques myélocytes (la myélocytose pourtant classique fut rarement observée au cours de la dernière épidémie de VANNES)

une anémie discrète à 3 ou 4 millions.

Cette formule sanguine classiquement observée à la période d'invasion, fut plutôt remarquée à la période éruptive pendant l'épidémie de VANNES.

Le microscope électronique permet l'étude du virus, et peut aider le diagnostic.

On peut faire une inoculation intratesticulaire au singe (certains singes sont réceptifs).

Il existe aussi : l'inoculation du liquide de vésicule à la cornée de lapin par scarification : fait apparaître en 36 à 48 heures de petites vésicules qui évoluent vers la nécrose et l'ulcération.

Diagnostic différentiel

C'est surtout avec la varicelle qu'il faut différencier la variole au cours des épidémies que nous décrirons, la variole fut souvent prise pour une varicelle grave.

Dans la varicelle, les éléments sont d'âges différents et dans le même territoire du corps il y a plusieurs poussées contrairement à la variole.

Les éléments de la variole sont plus durs, profondément enchassés dans le derme induré contrairement à la varicelle.

Dans la varicelle, la température est synchrone de l'éruption, elle est maximum au moment de la poussée éruptive, dans la variole au contraire, au moment de la sortie de l'éruption s'amorce une défervescence.

La varicelle ne se prolonge guère plus d'une dizaine de jours ; la variole est infiniment plus longue, toutefois, il est parfois difficile de différencier une variole fruste d'avec une varicelle.

La varicelle n'est pas le seul diagnostic différentiel à discuter au cours des dernières épidémies, beaucoup de cas diagnostiqués variole n'étaient en réalité que des pyodermites, acnés pustuleuses, gales infectées, érythèmes polymorphes, érythèmes médicamenteux, sulfamidés, rash morbiliforme.

CONTAGIOSITE DE LA VARIOLE

La contagiosité de la variole est extrême. C'est la plus contagieuse des maladies infectieuses ; c'est ce qui en fait une part de la gravité.

La contagion se fait par le mode direct : squame, particules salivaires, croûtes, mais aussi par le mode indirect : linges, literies, vêtements et divers objets souillés par le varioleux.

Le virus est très résistant à l'abri du soleil et la désinfection doit être minutieuse, on a même souvent observé la contagion à distance par l'air, parfois même l'épidémie a été portée assez loin, témoin cet exemple décrit par J. BOYER.

"On avait isolé à LONDRES, les varioleux sur un bateau, sur la Tamise, et l'on constata la propagation de l'épidémie de variole, le long de la Tamise dans la direction du vent."

Néanmoins, la contagion est rarement transportée aussi loin, mais la contagion par l'air à courte distance a été observée bien des fois au cours de récentes épidémies de variole.

En 1942, pendant l'épidémie de PARIS à l'Hôpital SAINT-LOUIS, dans la salle BIETT, étaient alités plusieurs varioleux. Au-dessus de cette salle se trouvait une salle de chirurgie, la salle NELOTON. Les malades de la salle NELOTON, furent contaminés, beaucoup eurent la variole sans jamais avoir été en contact avec les malades de la salle BIETT. On découvrit que la contagion s'était faite par l'air chaud d'un poêle, air qui passait d'une salle à l'autre.

De même, dans la récente épidémie de VANNES, le BOURDELLES cite l'exemple suivant :

"Un médecin colonial spécialiste de la variole appelé d'urgence comme consultant à l'hôpital de VANNES et se sachant mal protégé par une vaccination datant de 25 ans, n'entre pas dans les boxes d'isolement et examine à distance du couloir, les onze varioleux présents. Il présente douze jours après une variole abortive."

Nous voyons donc qu'un contact rapproché avec un varioleux n'est pas nécessaire pour contracter la variole et qu'il suffit d'un court instant passé dans une salle où est admis un varioleux, pour qu'un sujet réceptif contracte la variole.

Les différentes phases de la maladie sont diversement contagieuses. On a remarqué que les périodes de dessication et de décrustation étaient les plus contagieuses, la période d'invasion semble l'être moins. C'est ainsi que pendant l'épidémie de 1947 à PARIS, un vieillard de 88 ans au stade de décrustation contamina douze personnes, alors que des varioleux à la période de début, ignorant qu'ils avaient la variole, circulèrent librement et furent en contact avec plusieurs personnes sans qu'il y ait de contamination. En 1947 à PARIS, un étudiant en médecine atteint de variole, circula à la phase de début dans le métropolitain et ne contamina personne. Un militaire, le cas primaire de l'épidémie d'ARRAS, voyagea, à la phase de début de variole à travers la France et ne contamina lui aussi, personne.

La contagion est minima dans les huit premiers jours de la maladie.

Les constatations faites au cours des variolisations semblent être en faveur de cette opinion. Les personnes inoculées avec des pustules débutantes faisaient une variole atténuée, au contraire celles infectées par des croûtes faisaient une forme plus grave. L'énorme contagiosité de la variole et la gravité de cette maladie en ont fait un terrible fléau qui a sévi dans le monde entier au cours des âges.

H I S T O R I Q U E

La variole semble connue de temps immémoriaux. On pense qu'elle existait dans l'Inde et en Chine avant l'ère chrétienne. On ne possède aucune précision sur son berceau originel, il est difficile de l'individualiser des nombreuses pestes qui régnaient dans ces temps reculés.

Elle apparaît en France dans les écrits du VIème siècle. En 580, Grégoire de Tours en a fait un récit historique et l'individualisa, il semble que les croisades et les invasions contribuèrent à l'essaimer. Elle prit une grande extension au Moyen-Age. On la signale en Espagne et dans le Midi de la France au VIIème siècle.

Elle fut transportée dans le nouveau monde par les espagnols où elle provoqua de terrifiants désastres. Au XVème siècle elle extermina presque toute la population de Haïti.

Pendant les XVIème, XVIIème et XVIIIème siècles, une grande pandémie frappa le monde, elle sévissait non seulement en Europe, mais aussi en Asie et en Afrique ; l'Angleterre fut particulièrement atteinte, l'épidémie y présenta des paroxysmes redoutables. C'est en Angleterre pour lutter contre ce fléau qu'on pratiqua la variolisation, vieille méthode connue en Chine depuis longtemps pour se préserver. C'est à ce moment, en 1798, que JENNER, médecin anglais proposa la vaccination au lieu de la variolisation, méthode qui rencontra une assez forte opposition à son début, mais qui triompha. Le duc de la ROCHEFOUCAULT LIONCOURT l'introduisit en France. La variole alla en s'atténuant depuis la pratique de la vaccination. Elle sévit cependant en France de 1869 à 1871 : sur 600.000 mobilisés, 125.000 eurent la variole et 23.740 moururent. De 1914 à 1918 : 8 Millions de mobilisés, 12 cas de variole et un mort seulement. Ces chiffres marquent le triomphe de la vaccination.

De 1920 à 1925, la moyenne va tomber à PARIS et à sa banlieue à 5 ou 6 cas ; 1925 : 180 cas.

A l'heure actuelle, la variole a presque disparu des pays civilisés, mais elle continue à sévir dans certaines régions du globe où la vaccination n'est pas obligatoire et où le mysticisme et la religion des indigènes est hostile à la vaccination.

Dans l'Inde, les indigènes affiliés à la religion brahmanique se refusent catégoriquement à la vaccination.

De plus la variolisation pratiquée encore par les indigènes dans certaines régions, entretient des foyers de variole qui peuvent être le point de départ d'épidémie.

C'est ainsi à l'occasion de voyages des régions d'endémie variolique vers notre pays, que sont apportées les épidémies que nous allons relater.

Nous n'aborderons pas l'épidémie de PARIS de 1942, qui se situe en période de guerre et ne commencerons l'histoire des épidémies en France dans l'après-guerre en 1945.

L'EPIDEMIE DE PERPIGNAN EN 1945

C'est plutôt une légère incursion de la variole qu'une épidémie. En effet, elle fut très limitée et se résume à deux cas :

Le cas primaire : c'est une enfant en provenance du Maroc qui débarqua à PORT- VENDRES. Elle fut hospitalisée cinq jours après son arrivée à l'Hôpital SAINT-JEAN de PERPIGNAN. Le diagnostic de variole ne fut pas fait ; il est en effet difficile à faire à l'état isolé.

Le deuxième cas fut celui d'un enfant de 22 mois n'ayant jamais subi la vaccination jennérienne et qui fut hospitalisé pendant quatre jours avec le cas primaire alors méconnu. De retour chez lui, il présenta treize jours après une éruption variolique et fut alors hospitalisé à nouveau.

Les mesures d'isolement et de vaccination ayant alors été prises, l'épidémie ne s'étendit pas.

Il est cependant intéressant de remarquer l'absence de contagion pendant le séjour du deuxième cas en période d'incubation dans sa famille. Mais l'on sait et nous verrons au cours de l'étude des épidémies, que la phase d'incubation et d'invasion de la maladie est de contagiosité limitée.

Il faut remarquer aussi que ces deux enfants n'étaient ni l'un ni l'autre vaccinés. Les réfractaires à la loi de 1902 sont encore trop nombreux en France. Cette incursion de la variole nous fut apportée du Maroc. Le Maroc joue un rôle important dans l'importation de la variole en France.

L'évolution de ces deux cas de variole fut favorable.

L'EPIDEMIE D' ARRAS EN 1946

Observée par LE BOURDELLES, cette épidémie fut typique en ce sens qu'elle présenta les caractères que nous retrouverons dans la plupart des épidémies de variole à savoir :

L'importation de la maladie d'un pays d'endémie variolique lors d'un voyage : ici, le Maroc.

La faible contagiosité à la période de début de la maladie.

Le rôle des porteurs sains dans la transmissibilité de la maladie (peut-être ce sont des cas frustes, peut-être la contagion se fait par les objets).

La forte réceptivité des vieillards pour lesquels la vaccination est, soit très ancienne, soit n'a jamais été faite (en raison de leur âge ils ont échappé à la loi de 1902).

Le triomphe des mesures d'isolement et de la vaccination jennérienne.

Cette épidémie fut peu importante puisqu'elle compta huit cas.

Le cas primaire, ce fut un militaire qui revenait du Maroc, débarqua à MARSEILLE et regagna ARRAS en passant par PARIS. Ce militaire présentait déjà à MARSEILLE les symptômes de la phase d'invasion, mais étant paludéen, il ne s'en inquiéta pas. Nous remarquons encore une fois, la faible contagiosité de la variole à sa phase de début. Ce cas est extrêmement typique. Ce militaire eut en effet, des contacts multiples au cours de son voyage pendant sa période d'invasion et il ne contamina cependant personne. Arrivé dans sa famille, il présenta deux jours

... après une éruption qui le fit hospitaliser avec le diagnostic de varicelle. Nous voyons là aussi que le diagnostic de variole est rarement évoqué en France lors du cas primaire. Quatre jours après devant les caractéristiques de l'éruption, on pense à la variole et l'on prend les mesures prophylactiques rigoureuses que réclame la variole.

Les cas secondaires : il y en a deux. La soeur du cas primaire (contamination familiale) et un malade en traitement à l'hôpital (contamination intra-hospitalière).

Les cas tertiaires se résument à quatre vieillards d'un hospice situé dans une autre partie de la ville. On découvrit que la contagion fut faite par un pensionnaire de l'hospice parent du cas primaire et qui alla le voir chez lui. Ce vieillard ne présenta pourtant aucune manifestation pathologique.

On nota un autre cas dans une maison de retraite adjacente.

La faible extension de la variole dans cette épidémie est en grande partie due à la précocité du diagnostic du cas primaire.

Cette épidémie eut lieu en février-mars, la variole sévit en effet surtout l'hiver.

L'EPIDEMIE DE PARIS EN 1947

PARIS avait déjà été le siège en 1942 d'une épidémie de variole assez importante puisqu'elle compta 60 cas et fit 3 décès. A nouveau en 1947 sévit à PARIS une autre épidémie de variole. On comprend assez facilement que PARIS qui est un centre important de transit et la ville où convergent routes, chemins de fer et voies aériennes, soit plus exposé au risque des épidémies.

Cependant, dans cette épidémie on ne put retrouver le pays d'origine de la maladie. On ne retrouva pas l'origine du contact infectant du cas primaire, un vieillard de 88 ans.

Cette épidémie eut une assez grande extension - elle sévit à CLAUDE BERNARD - on compta 33 cas. Le diagnostic de variole du cas primaire ne fut pas fait. Cette épidémie doit en partie son extension au fait que la cas primaire fut pris pour une varicelle pendant toute la durée de son évolution. Il eut donc des contacts multiples au cours de sa maladie et surtout, en période de dessiccation et de décrustation. On sait la terrible contagiosité de ces phases, il contamina neuf enfants varicelleux, ainsi que trois adultes.

Ces cas secondaires donnèrent par la suite lieu à des contaminations tertiaires avant d'être identifiés.

Il y eut une douzaine de cas tertiaires : trois autres varicelleux de CLAUDE BERNARD, cinq membres du personnel médical et hospitalier et quatre autres personnes contaminées par des varicelleux guéris rentrés chez eux. A cela il faut ajouter un autre foyer à l'hôpital de la SALPETRIERE qui compta sept cas. On ne put retrouver ici l'agent contaminateur et rapport existant avec les varioleux et CLAUDE BERNARD.

Nous voyons donc dans cette épidémie l'intérêt d'un diagnostic précoce notamment du cas primaire pour empêcher la contagion massive. Devant certaines varicelles d'apparence grave, il faut penser à la variole. Ici, dans cette épidémie, l'erreur de diagnostic s'explique par le fait que l'on ne retrouvait dans les antécédents du cas primaire, aucun rapport avec un pays d'endémie, ou avec un sujet ayant présenté une éruption douteuse.

On a pu remarquer aussi ici, l'énorme contagiosité de la période des pustules et des croûtes. Le vieillard constantina douze personnes.

L'immunisation du personnel médical s'est révélée insuffisante au cours de cette épidémie puisqu'il y eut cinq membres de ce personnel atteint. Il faut souligner aussi l'énorme proportion d'enfants atteints de variole dans cette épidémie, sur 33 cas il y avait 24 jeunes enfants qui n'étaient pas vaccinés.

La maladie est restée pratiquement intra-hospitalière.

L'EPIDEMIE DE CALAIS EN 1946

Cette épidémie fut observée par LE BOURDELLES, c'est encore un cas où l'épidémie est apportée d'Afrique du Nord. Ici c'est d'Algérie que fut rapportée la variole. La variole toucha treize personnes, ce fut donc un foyer assez limité.

On ne compta qu'un décès, un enfant de six semaines, dont la primo-vaccination avait été un insuccès.

Le cas primaire, ce fut un soldat de race noire qui revenait de BONE. Il fut alité à l'hôpital de CALAIS avec une éruption au diagnostic incertain dans les premiers jours. A partir de ce cas, douze cas de variole éclatèrent à CALAIS au cours des mois qui suivirent. Il y eut des contaminations intra-hospitalières au nombre de quatre dont un étudiant en médecine, celle-ci fut pourtant revaccinée immédiatement après le contact infectant, mais l'on sait que lorsqu'il y a un intervalle trop court entre la revaccination et le contact infectant, le sujet n'est pas toujours protégé. On admet que la vaccination dans les deux premiers jours du contagage, a seulement des chances de préserver le sujet. Après le deuxième jour, il y a parfois atténuation, parfois variole et vaccine évoluent pour leur propre compte. Ici la revaccination précoce n'a pu protéger le sujet.

Il faut souligner l'importance qu'eurent les formes frustes dans cette épidémie et qu'elles peuvent avoir en général. En effet, elles donnent des formes méconnues et cependant contagieuses, d'où grand risque de propager la maladie. Il y eut au cours de cette épidémie plusieurs formes frustes et l'on s'attacha à les rechercher, néanmoins deux cas passèrent inaperçus et provoquèrent six contaminations.

Nous reviendrons sur l'intérêt épidémiologique des formes frustes au cours des épidémies de MARSEILLE et de VANNES.

L'évolution de cette épidémie fut favorable puisqu'elle ne toucha que treize personnes. Il faut ici encore souligner l'intérêt d'un diagnostic précoce de variolo.

L'EPIDEMIE DE PARIS EN 1948

Elle fut extrêmement limitée puisqu'elle se résume à trois cas. Cette faible extension fut peut-être due en partie à la vaccination jennérienne massive qui avait eu lieu l'année précédente au cours de l'épidémie de PARIS de 1947. Les revaccinations en période d'épidémie constituent en effet, une assurance contre le retour éventuel de la variole.

C'est une fois de plus une épidémie importée d'Afrique du Nord. Cette région nous apparaît comme un foyer d'endémie variolique dangereux pour la France.

La contagion très minime, fut strictement intra-hospitalière.

Le cas primaire, c'est un sujet venant d'ORAN et ayant fait usage de faux certificats de vaccination jennérienne. IL débarqua à PORT-VENDRES et regagna PARIS où il fut hospitalisé trois jours après à CLAUDE BERNARD. On hésita sur le diagnostic de variole et c'est devant l'apparition d'un cas secondaire et de la constatation d'une réaction retardée chez le singe inoculé, que le diagnostic fut confirmé.

Le cas secondaire fut un étudiant en médecine hospitalisé qui fut pourtant revacciné dans les premiers moments du contage ; il ne fut pourtant pas protégé. Nous voyons encore que la vaccination au moment du contage ne protège pas toujours.

Il y eut un cas tertiaire unique, toujours à CLAUDE BERNARD chez un malade qui avait été en contact avec l'étudiant en médecine.

Il faut noter le caractère limité de l'épidémie. Les contaminations furent des plus réduites, la population sembla vraiment immunisée. Il faut souligner aussi les graves conséquences de l'usage de faux certificats de vaccinations lors de voyages en pays d'endémie.

On déplora un décès, celui de l'étudiant en médecine, celui-ci était atteint de méningite tuberculeuse, ce ne fut donc pas seulement la variole qui fut responsable de la mort, mais l'aggravation de la méningite par la variole. (Ce sujet présentait, en outre, une érythodermie due à la Streptomycine.

Nous voyons que la gravité de la variole dépend en partie du terrain qu'elle frappe.

L'EPIDEMIE DE MARSEILLE EN 1952

Contrairement aux autres épidémies précédentes, qui toutes furent presque entièrement intra-hospitalière et pour lesquelles on put suivre exactement la filiation des cas, ici l'épidémie eut un caractère d'apparence désordonnée. Elle se divisa en deux épisodes que l'on ne put rattacher.

Cette épidémie fut marquée par le rôle que jouèrent les chaînons intermédiaires inapparents. En effet, le contact infectant n'ayant pas été retrouvé pour une dizaine de cas, on se demanda s'il s'agissait de transport matériel de virus par des sujets sains, ou bien s'il s'agissait de cas frustes donc méconnus.

Cette épidémie se développa donc non seulement à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi dans la population de MARSEILLE, d'où la difficulté de la circonscrire. Elle fut donc assez importante, elle compta environ 45 cas (exactement 47 cas connus, dont 4 décès). Commencée en janvier, elle dura jusqu'en avril. Si l'on rattache les deux épisodes de l'épidémie, celle-ci a été importée d'Extrême-Orient.

Le premier cas de variole à MARSEILLE fut un sous-officier qui avait été passager douze jours avant sur un paquebot "LE PASTEUR" à bord duquel deux soldats venant d'Extrême-Orient avaient été atteints de variole et débarqués à ORAN. Ce sous-officier contamina un médecin de l'hôpital militaire. Ces deux cas constituent le premier épisode.

Presque un mois plus tard, un sujet sans contact apparent avec les cas antérieurs, présenta un syndrome infectieux atypique pour lequel il fut hospitalisé. Sept jours plus tard on faisait le diagnostic de variole. Le caractère clinique atypique de la maladie au début et l'absence de commémoratifs précis expliquent le retard du diagnostic, retard qui provoqua de nombreuses contaminations secondaires.

En effet, une douzaine de jours plus tard, survenaient quinze cas secondaires de variole dont trois mortels. On observait aussi sept cas frustes.

Après une phase de latence, il y eut quatorze cas tertiaires, puis huit cas quaternaires.

Nous voyons donc que la contamination fut importante. La population semble avoir été assez réceptive à la variole. La contamination fut en partie intra-hospitalière. Sur 45 cas, on a observé 28 cas de contagion intra-hospitalière. Pour les 17 cas survenus hors de l'hôpital, sept furent reliés au foyer hospitalier, mais pour les dix autres, on n'a pas pu trouver la filiation de la contamination.

Dans cette épidémie, des formes frustes furent observées chez des personnes vaccinées et en contacts répétés avec des varioloux. L'immunisation antérieure ne protégeait pas complètement, mais atténuait la maladie. Nous observerons aussi ces formes dans le personnel médical lors de l'épidémie de VANNES.

On constata aussi dans cette épidémie l'importance de l'atteinte du personnel médical. Quatorze médecins ou infirmiers contractèrent la variole. La plupart firent des formes frustes ce qui confirme l'hypothèse du rôle atténuateur de la vaccination dans les antécédents. L'on voit aussi l'importance de la loi rendant obligatoire la vaccination du personnel médical tous les 3 ans.

Cette épidémie assez récente a permis l'étude de certains côtés des épidémies de variole qui étaient jusqu'alors mal précisés ; notamment l'étude des cas frustes et des formes ambulatoires de la maladie. Ces formes jouent un rôle épidémiologique important, elles seront à nouveau observées et étudiées par les médecins de VANNES lors de l'épidémie qui y sévit.

La variole au cours de cette épidémie, montra ses caractéristiques habituelles : contagiosité importante aux phases d'éruption, de dessiccation et de décrustation. Contagiosité faible à la phase de début : ainsi un radio-navigateur ayant

... contracté la variole à MARSEILLE, a accompli tout un périple en état d'incubation et revint à MARSEILLE se faire hospitaliser avec la variole sans avoir contaminé personne au cours de son voyage.

Gravité surtout importante chez les sujets non vaccinés.

Une fois de plus la vaccination jennérienne a fait ses preuves au cours de cette épidémie.

L'EPIDEMIE DE BRUNEHOMEL (Aisne) 1952

Cette épidémie fut bien observée par LE BOURDELLES.

Nous assistons ici à la localisation de l'épidémie, dans une zone rurale. Elle y prit une grande extension due à la méconnaissance du cas primaire et même des cas secondaires ce qui favorisa la propagation.

Là aussi, le cas primaire fut confondu avec une varicelle. Il n'y avait pas de notion dans les antécédents d'un rapport quelconque avec un pays d'endémie (ce qui facilite, quand on le trouve, le diagnostic de variole). On retrouva par la suite la possibilité d'un contagé avec un soldat venant d'Extrême-Orient.

En fait, le diagnostic ne fut fait qu'un mois après le début de la maladie du cas primaire. La contagion avait pu être importante.

Cette épidémie compta 24 cas, pour une petite commune de 538 habitants, plus six cas dans les environs (fait heureux et étonnant, ces six cas ne donnèrent pas lieu à des foyers secondaires).

Le cas primaire fut un enfant de huit ans venant de PARIS qui présenta trois jours après son arrivée à BRUNEHOMEL une éruption que l'on prit pour la varicelle. La personne qui soignait le malade eut des contacts divers et multiples et contribua à répandre l'épidémie.

On put suivre la filiation de tous les cas : il y eut six cas secondaires, seize cas tertiaires et sept cas quaternaires.

Nous voyons encore dans cette épidémie l'importance de la précocité du diagnostic de variole. En effet, la grande extension ici, fut due à l'absence complète de diagnostic de variole pendant un mois d'évolution de la maladie. Ce très grand retard de diagnostic tient en partie à la localisation de l'épidémie en milieu rural. La variole déjà rare dans les villes, l'est encore plus à la campagne où on ne la voit pratiquement jamais, aussi n'y pense-t-on pas, surtout quand, comme cela s'est passé ici, on n'a pas une notion évidente d'un rapport avec un pays d'endémie.

On doit remarquer, ici aussi, l'erreur classique dans le diagnostic de varicelle, d'où la nécessité de suspecter les varicelles graves.

La variole s'est montrée là aussi, très contagieuse et la population a paru assez réceptive dans l'ensemble malheureusement. Il faut cependant remarquer que deux sujets d'ABBEVILLE qui contractèrent la variole à BRUNEHOMEL et retournèrent à ABBEVILLE en pleine période d'éruption ne contaminèrent personne !!!.

La gravité de la variole se montra surtout chez les sujets âgés n'ayant jamais subi la vaccination. Il y eut deux décès, deux vieillards de 70 ans qui n'avaient jamais été vaccinés.

L'EPIDEMIE DE VANNES - DECEMBRE 1954 - 1955

Cette épidémie fut la plus importante de toutes ces récentes épidémies puisqu'elle compta 73 cas. Elle nous paraît de plus très meurtrière, car elle fit seize décès. Mais il faut remarquer que la variole s'attaqua ici à des sujets hospitalisés déjà atteints pour la plupart d'affections graves et que la mortalité ne fut pas seulement due à la variole, mais souvent à l'affection antérieure aggravée par la variole.

Cette épidémie fut, comme nous l'avons remarqué pour les autres épidémies, importée d'un des foyers d'endémie variolique habituels, cette fois-ci l'Indochine. On sait que la variole y sévit régulièrement les hivers et cette année là, l'O.M.S. avait signalé la recrudescence de la variole en Indochine. C'est un militaire en provenance de SAIGON qui rapporta la variole à VANNES en se rendant dans sa famille. On ne put déterminer exactement le rôle qu'il joua dans la transmission de la maladie à son fils âgé de deux ans. Peut-être fut-il atteint d'une forme fruste méconnue, peut-être la contamination se produisit par des vêtements rapportés d'Indochine.

La variole a sévi, ici encore l'hiver, c'est en effet, la saison où la fréquence de la variole est maxima.

L'épidémie fut strictement intra-hospitalière. La population fut épargnée ce qui contribua à limiter le foyer à VANNES.

Au cours de cette épidémie, les sujets hospitalisés même les enfants, parurent très réceptifs à la variole, ce qui montre un relâchement dans les vaccinations.

L'importante extension de la maladie fut due, ici aussi à la méconnaissance du diagnostic du cas primaire pendant toute la durée de son évolution, il y eut donc des contacts multiples avec le varioleux. De plus, l'absence d'isolement strict du service des contagieux à l'hôpital de VANNES, contribua à essaimer la variole. En effet, le premier varioleux néconnu pénétra en pédiâtrie à l'hôpital de VANNES, à la phase d'éruption, il y contagia alors huit enfants en traitement. Puis lorsque ces huit enfants atteints d'éruption passèrent dans le service des contagieux, la proximité d'un service de médecine générale, dont le personnel soignant était le même, contribua à propager l'épidémie. La contamination fut ici massive. Trente malades sur 38 hospitalisés contractèrent la variole. Nous voyons donc dans cette épidémie, une fois de plus, démontrée la terrible contagiosité de la variole. La contagion ici, fut surtout directe, mais aussi indirecte par les objets, le personnel soignant et même par l'air. Nous avons déjà cité l'exemple du médecin qui contracta la variole sans pénétrer dans les chambres des varioleux.

Le personnel médical fut lui aussi, largement atteint par la variole. Sept médecins furent contaminés, l'un d'eux succomba à une forme grave.

Néanmoins les mesures prophylactiques strictement appliquées à l'hôpital de VANNES, dès la connaissance du diagnostic de variole et la vaccination obligatoire de la population, enrayerent l'épidémie.

L'épidémie commença en décembre 1954, le 9 décembre fut hospitalisé à l'hôpital de VANNES un enfant de deux ans, avec le diagnostic hésitant de pyodermite. C'était en réalité une variole non diagnostiquée ; il fut en contact avec les enfants hospitalisés dans le service de pédiâtrie. Douze jours plus tard, huit enfants de ce service étaient atteints d'éruption ainsi qu'une personne qui les soignait. On transporta ces malades dans le service des contagieux et l'on pense alors au diagnostic de variole. Lorsque celui-ci est confirmé, l'épidémie s'est déjà étendue. 30 malades du service de médecine sont atteints, le chef de service des contagieux, ainsi que le chef de médecine générale. Quatre enfants du service des contagieux, deux autres enfants du service de pédiâtrie. Six employés de l'hôpital, trois enfants qui eurent des contacts fortuits avec des varioleux et une dizaine de personnes

... étrangères au milieu hospitalier, mais qui eurent aussi des contacts avec des varioleux, avant la consignation de l'hôpital.

On voit l'étendue massive de la contamination. On consignera alors la totalité du service de pédiâtrie, des contagieux et de médecine générale. On établit alors la vaccination jennérienne systématique pour l'hôpital et la population.

A partir de ce moment là, la contamination est minime. Quelques cas isolés se produiront (un par semaine environ) jusqu'en mars.

Il faut cependant signaler la contamination de cinq vieillards de l'hôpital général et d'un chef de service de cet hôpital, cette contamination fut due à un vieillard qui avait contrevenu aux dispositions prophylactiques.

Il y eut 73 cas de variole confirmés, c'est-à-dire, avec éruption.

Les formes les plus graves ont surtout frappées de jeunes enfants non vaccinés ou de grands vieillards, qui, eux non plus, n'avait jamais été vaccinés.

On a retrouvé au cours de cette épidémie, les différentes formes de gravité que présente habituellement la variole, on a pu répartir les divers cas observés en formes moyennes, très graves, frustes et même anérupitives (uniquement fébriles).

Cet extrême polymorphisme de la maladie est dû au fait que la population est semi-immunisée contre la variole et réagit donc différemment suivant son état d'immunité.

La gravité de la variole ne dépend pas simplement de la virulence du germe, mais aussi du terrain qu'elle touche ; en effet, le degré d'immunité et l'état général antérieur interviennent dans l'importance de la maladie.

C'est ainsi que l'on a observé des cas mortels chez des sujets qui n'ont jamais été vaccinés ou chez des sujets gravement atteints antérieurement : exemple, un sujet ayant une cirrhose, contracta la variole et mourut de l'aggravation de la cirrhose par la variole. Dans l'épidémie de VANNES les différents cas de variole se répartissent ainsi :

23 cas de formes communes d'intensité moyenne (200 à 300 éléments éruptifs), parmi ces 23 cas on compte quatre décès dus à l'aggravation de l'affection pour laquelle les malades étaient en traitement.

9 cas de formes graves rapidement mortelles, elles se produisirent chez cinq enfants et chez quatre adultes, tous ces sujets étaient convalescents ou atteints d'affections graves à l'exception de deux adultes qui étaient indemnes de toute affection apparente antérieure. Un médecin de 44 ans et une religieuse de 22 ans, tous les deux en pleine santé avant l'atteinte par la variole.

La mort se fit soit par coma toxi-infectieux ..	3
La mort se fit soit par broncho-pneumonie	3
La mort se fit soit par purpura suraigu	2
La mort se fit soit par néphrite anurique	1

41 formes frustes (ces formes survinrent essentiellement chez des sujets qui avaient été vaccinés soit en période d'incubation de variole, soit dans un passé trop lointain pour être entièrement protégés.).

Nous avons déjà remarqué l'intérêt épidémiologique de ces formes bénignes, car elles peuvent passer inaperçues et étant contagieuses, répandre l'épidémie.

Ici, par exemple, "une fille de service chargée des soins de propreté en pédiatrie, contracta la variole, elle fit une forme fruste, fut soignée chez elle et contamina deux personnes, ceci avant la consignation de l'hôpital", d'où la nécessité de rechercher et d'isoler les formes abortives.

Parmi ces formes frustes, il y eut trois décès dus à l'aggravation de l'état antérieur :

- 1 cirrhose 46 ans,
- 1 médiastinite tuberculeuse 49 ans,
- 1 vieillard de 80 ans.

Les médecins de VANNES étudièrent lors de cette épidémie des formes fébriles anéruptives qu'ils rattachèrent à la variole. Ils constatèrent ainsi, ici, l'existence de 25 cas fébriles anéruptifs. Ces formes consistent dans l'apparition d'un syndrome infectieux aigu fébrile qui survient dix à douze jours après un contact avec un varioleux. Ce syndrome infectieux s'accompagne parfois de manifestations pulmonaires avec modifications radiologiques de l'image pulmonaire. Il faut signaler que ces formes se virent chez des sujets ayant des contacts professionnels répétés avec les varioleux après leur vaccination. Ces formes se sont comportées dans l'épidémie de VANNES, comme des formes non contagieuses.

Mortalité de la variole au cours de l'épidémie de VANNES :

Sur 73 cas, il y eut seize morts. Mais nous avons déjà noté que la mort fut souvent due à l'aggravation d'un état pathologique antérieur. Il y a eu cependant deux cas de variole mortels chez des sujets qui paraissaient entièrement sains et étaient jeunes.

On a pu étudier au cours de cette épidémie, les effets de la revaccination en période d'incubation de variole. Nous avons vu au cours des épidémies précédentes, que la vaccination après le contage même précoce ne protégeait pas toujours le sujet et même rarement. Il en a été de même au cours de l'épidémie de VANNES. Cependant, les médecins de VANNES ont noté l'effet atténuateur de la gravité de la variole, que semblait jouer la vaccination jennérienne, même tardive.

"Le nombre des malades du service de médecine générale atteints d'affections antérieures souvent graves qui sortirent vainqueurs de cette grave affection intercurrente, plaide en faveur d'une telle hypothèse".

L'immunisation du personnel hospitalier s'est révélée à nouveau insuffisante : cinq employés, deux internes, quatre médecins ont contracté la variole, l'un d'eux, un médecin revacciné en 1942, puis 48 heures après le contact infectant, a fait une variole mortelle.

On doit souligner ici encore, l'importance de protéger le personnel médical si souvent atteint lors des épidémies, par des revaccinations fréquentes : tous les trois ans, comme le prescrit la loi du 27 août 1948.

On a remarqué de plus, dans cette épidémie le nombre important d'enfants qui n'ont jamais reçu la vaccination antivariolique. A VANNES, sur 18 enfants qui contractèrent la variole, 15 d'entre eux âgés de cinq mois à neuf ans, n'avaient jamais été vaccinés. Il en avait été de même lors de l'épidémie de PARIS de 1947, 24 enfants non vaccinés contractèrent la variole.

Nous voyons donc l'importance et la gravité d'une telle négligence de la part des parents de ces enfants.

Il faut remarquer que la contamination est restée strictement intra-hospitalière, si l'on excepte les deux cas contaminés par la variole fruste que nous avons citée plus haut. La population de VANNES entièrement revaccinée au moment où l'on fit le diagnostic de variole, fut épargnée.

C O N C L U S I O N S

En raison de la multiplicité des voyages et de leur rapidité, les incursions de variòle sont davantage à craindre que par le passé.

La lutte contre un foyer de cette affection est d'abord difficile, car en raison de la rareté de la variòle, les médecins pour la plupart ne font pas le diagnostic précocement.

Aussi doit-on rester vigilant et s'efforcer de faire respecter en France, l'obligation de la vaccination et des revaccinations prescrites par la loi de 1902.

Vu, le Doyen :

L. BINET

Vu, le Président de Thèse :

P. JOANNON

Vu et Permís d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

1. - LEROUX - AMPHOUX - BILLAUD - BOUILLAUD - CADORET - DELORD -
DUHAMEL Y. - LOBRICHON - BALDRICH - AUDOUY -
Epidémie de variole à VANNES de décembre 1954 à mars 1955 -
La Presse médicale, 30 avril 1955, 63, 639.
2. - LE BOURDELLES -
Les caractères actuels de la variole en France -
Bull. acad. med., juillet 1952, 136, 449.
3. - BOIDE D. - GOULLEY R. - BERNARD L. - Madame VIGUIE M. -
Données épidémiologiques sur la variole en France de 1945 à
1952.
Revue d'Hygiène et de Médecine sociale, 1953, 1, 20 à 30.

